

EUNACOM-ST

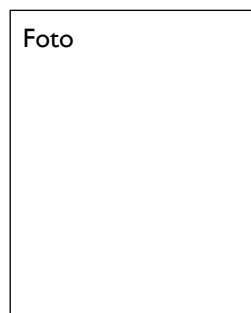
Inscripción para la Sección Teórica

Fecha de inscripción
 (Anote sólo al momento de inscribirse) día mes año

Nombres

Primer apellido

Segundo apellido



Identificación C: Carnet de identidad chileno
 P: Pasaporte extranjero

Número de RUT o de Pasaporte

País de Nacionalidad

Fecha de nacimiento
 día mes año

País donde obtuvo el título de médico

Fecha del título
 día mes año

Universidad que le otorgó el título de médico

Sede de dónde egresó (sólo para titulados chilenos, de otro modo deje en blanco)

Dirección en Chile

Ciudad de residencia en Chile

Teléfono de contacto

Teléfono de contacto

Email de contacto

Preferencias para el lugar de rendición

El examen de **julio** sólo se rinde en Santiago, debe marcar esa opción o dejar en blanco.
 Para el examen de **diciembre** indique su primera preferencia con un "1" y su segunda preferencia con un "2".

<input type="checkbox"/> Antofagasta	<input type="checkbox"/> Reñaca
<input type="checkbox"/> Arica	<input type="checkbox"/> Santiago
<input type="checkbox"/> Concepción	<input type="checkbox"/> Talca
<input type="checkbox"/> Copiapó	<input type="checkbox"/> Temuco
<input type="checkbox"/> Coquimbo	<input type="checkbox"/> Valdivia
<input type="checkbox"/> Puerto Montt	<input type="checkbox"/> Viña del Mar
<input type="checkbox"/> Punta Arenas	

Entiendo que el correo electrónico que indico será el medio oficial de contacto con EUNACOM.

Estoy dispuesto a rendir el examen en Santiago si ASOFAMECH no consigue plazas en las ciudades de mi preferencia.

He revisado los datos entregados en este formulario y declaro que la información es fidedigna.

He leído la normativa vigente y estoy de acuerdo en sus términos.

Firma del interesado
 Firme sólo al momento de inscribirse